FAX送信票

FAX：０１９８－２４－０５２２

独立行政法人国立病院機構花巻病院　CVPPP推進部会（代表：荒川亮）　宛

**【第　回　CVPPPフォローアップ研修受講申込書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 研　修　日　時 | 平成　　年　　月　　日（木）　～　　月　　日（金） |
| 施設名（法人名なども） |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ |
| 連　絡　先 | メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※１** |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　別 | □　男　　　　　□　女 |
| 生　年　月　日 | 　昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　歳**※２** |
| トレーナー取得研修会 | * 花巻病院開催研修　（第　　　回）
* その他研修

平成　　　年　　　月取得　　主催組織：　　　　　　　　　　　　　　　※日精看など　　開催地：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 駐　車　場 | 　□　利用する　　　　　□　利用しない |
| 懇　親　会 | 　□　参加する　　　　　□　参加しない |

**※１**今後の研修会予定等を発信しますので希望される方は主に窓口となるアドレスを記載して下さい。

**※２**生年月日はスポーツ保険加入の際に必要となります。